UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 25

UN CAS PROLONGÉ D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Janvier 1921

PAR

Georges TABARIÉ

Né à Lamalou-les-Bains, le 11 février 1895

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VEDEL, professeur, *Président*
DUCAMP, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
MARGAROT, agrégé } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

UN CAS PROLONGÉ
D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 25

UN CAS PROLONGÉ D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Janvier 1921

PAR

Georges TABARIÉ

Né à Lamalou-les-Bains, le 11 février 1895

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

UNIV. BIBLIOTHEEK GENT

Examinateurs de la Thèse

VEDEL, professeur, *Président.*
DUCAMP, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
MARGAROT, agrégé — *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		CRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES.
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. VEDEL, professeur, *président* — MM. RIMBAUD, agrégé.
DUCAMP, professeur — MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE
ET A MA FEMME

Je dédie ce travail.

G. TABARIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RIMBAUD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

G. TABARIE.

UN CAS PROLONGÉ

D'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

INTRODUCTION

L'épidémie de névraxite, quoique paraissant éteinte depuis bientôt deux ans, laisse encore l'occasion d'en observer les séquelles si intéressantes pour la pathologie nerveuse; car, dans les suites, de même que dans la période aiguë, les formes cliniques de cette affection sont nombreuses et multiples marquant la diversité de localisation des lésions du névraxe.

Le syndrome parkinsonien est le plus fréquent de tous les états post-névraxitiques: un tiers des cas, d'après M. le professeur Sicard, vingt cas sur cent un, d'après MM. Barré et Reys, 80 p. 100 d'après Bing; il est pour quelques auteurs d'une importance telle que le professeur Sicard, en particulier, veut en faire « un élément de diagnostic rétrospectif des états névraxitiques et paranévraxitiques » (Soc. méd. hôp., Paris, 9 déc. 1921). Ce syndrome revêt lui-même des aspects variables selon, sans doute, que les lésions affectent plus fortement les centres du tonus musculaire, du régime vaso-moteur de telle ou telle région, ou bien encore, les centres indéterminés des fonctions supérieures; c'est ainsi qu'on a publié les obser-

vations de parkinsonisme post-névraxitique, hémiplégique, monoplégique, avec prédominance cervico-brachiale, avec mouvements de la bouche rappelant le bâillement « mouvements chasmoïdes » (de Froment et Paliard), avec rires et pleurs spasmodiques, avec troubles sympathiques, avec troubles sphinctériens, avec sialorrhée, avec hypersécrétion des glandes sébacées du visage (Spät), avec obésité transitoire, avec glycosurie, avec phases de mutisme.

Parmi les autres séquelles de la névraxite épidémique, on a signalé: des troubles mentaux, des phases de somnolence ou, au contraire, d'insomnie rebelle, l'inversion du rythme du sommeil, des hémiplégiées, des paralysies faciales, l'atrophie musculaire, des céphalées persistantes, le phénomène des « yeux de poupée » (Cantelli), une sclérose en plaque à forme cérébelleuse (Souques et Alajouanine).

Mais aucun des cas publiés ne signale un état léthargique aussi prolongé, aussi constant que celui dont nous donnons ici l'observation. C'est pourquoi, sur le conseil de M. le professeur Rimbaud, nous en faisons notre sujet de thèse.

Après avoir donné cette observation et discuté le diagnostic, nous examinerons successivement, pour en donner une idée d'ensemble:

La léthargie,
L'attitude,
Le mutisme,
Les mouvements des yeux et des paupières,
Le psychisme,
Un essai de localisation des lésions du système nerveux.

Nous essayerons ensuite de conclure, ce qui est sans doute téméraire, puisque la maladie n'a pas encore terminé son évolution.

OBSERVATION

X..., âgé de 37 ans, employé dans une compagnie de chemins de fer, entre, le 31 mai 1921, dans le service de M. le professeur Vedel — sur les conseils de M. le professeur Rimbaud — pour: *somnolence et troubles oculaires,* dont le début remonte au mois de janvier 1920.

Ce début a été progressif, marqué par:

Un léger train de fièvre,

Des troubles oculaires dont le plus net fut de la diplopie,

Et une tendance invincible au sommeil.

Depuis lors, sauf l'hyperthermie, ces symptômes ont augmenté progressivement pendant le long séjour que le malade fait au lit.

Nous n'avons, malheureusement, aucun renseignement précis sur toute la période de maladie qui précède l'entrée à l'hôpital. Cependant, le docteur Cougoureux, de Narbonne, qui vit une fois ce malade, n'a relevé aucun antécédent pathologique familial, en particulier ni troubles nerveux, ni encéphalite dans l'entourage, mais il constata à l'examen spécialisé de l'appareil urinaire: de la parésie vésicale, une ou deux mictions par jour laissant un résidu vésical appréciable. ,

La réaction de Bordet-Wassermann faite dans le sang fut négative. Un abcès de fixation évolua normalement.

A son entrée à l'hôpital, mai 1921, c'est-à-dire au seizième mois de maladie, l'interrogatoire extrêmement péni-

ble ne peut donner que des renseignements insignifiants; il présente les symptômes suivants:

Tendance à la somnolence ou au sommeil; le malade, couché dans le décubitus dorsal, garde les yeux fermés et paraît oublier les nécessités les plus élémentaires, manger et boire par exemple, mais si on les lui rappelle il les accomplit avec lenteur. Quand on parvient à le tirer de son sommeil, ce qui est très laborieux, il ouvre doucement les yeux, répond avec lenteur et se replonge aussitôt dans son état léthargique.

Lenteur apparente de la compréhension et de l'idéation; une fois le réveil obtenu, pour avoir une réponse il faut poser à plusieurs reprises une question simple, il répond alors en articulant lentement mais assez correctement. Devant une question compliquée, il demeure inexpressif.

Troubles oculaires; le malade accuse une légère diminution de l'acuité visuelle, mais surtout de la diplopie; voici d'ailleurs le résultat d'un examen pratiqué dans le service de M. le professeur Truc:

Parésie de toute la musculature, intrinsèque et extrinsèque, des deux yeux, plus prononcée à gauche. La réaction pupillaire surtout est plus paresseuse de ce côté à la lumière et à l'accommodation.

Léger ptosis bilatéral.

Les mouvements des globes sont paresseux avec léger strabisme à l'occasion de ces mouvements.

Vision: œil droit, 0,9; œil gauche, 0,8.

Fond d'œil normal des deux côtés.

Ni photophobie, ni nystagmus.

Tendance à dévier la tête ainsi que le regard vers la droite.

Légère céphalée frontale.

Motilité. — Active: les mouvements commandés sont

lentement, mais correctement exécutés; passive: on constate de la raideur en mobilisant les membres.

La démarche est un peu incertaine avec léger steppage à gauche. ,

La force musculaire est conservée.

A la face: la motilité, comme aux membres, est bonne, mais lente, avec, au repos, tendance à la catatonie. Pas de tremblement, ni de dysmétrie, ni de catatonie.

Sensibilité normale.

Réflexes: tous les réflexes tendineux sont exagérés, mais pas de clonus du pied et absence du signe de Babinski.

Trophicité: normale; seulement un léger œdème des membres inférieurs.

Sphincters: normaux.

Vaso-motricité: le visage est un peu coloré.

Une ponction lombaire, pratiquée le 3 juin 1921, montre un liquide clair s'écoulant normalement, dans lequel l'analyse chimique révèle par litre: chlorures, 7 gr. 5; albumine, 0 gr. 50; et l'examen cytologique à la cellule de Nageotte: lymphocytes: 1,1.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Cœur et vaisseaux: pouls, 60; tension, 18,5-12; au cœur rien à signaler.

Appareil respiratoire: rien.

Rein: la palpation ne décèle rien, mais retard considérable dans l'élimination du bleu de méthylène; une injections ayant été pratiquée avant son entrée, dix jours après, il en éliminait encore.

Dans les urines: pas de glycose; traces d'albumine.

Un examen chimique du sang, pratiqué le 7 juin, indique: 0 gr. 96 d'urée par litre dans le sérum.

Pendant le mois de juin 1921, on note un accroissement

de l'état de somnolence et de l'insuffisance des sphincters. Pas de myoclonie, ni de vomissement, ni de Cheynes-Stokes. Malgré le traitement : 0 gr. 50 d'uroformine par jour en injection intra-veineuse, et un abcès de fixation.

Le 20 juin, on fait une saignée de 500 grammes, et dans ce sang, l'analyse chimique montre : 0 gr. 53 d'urée par litre dans le sérum.

Le 22 juin, l'examen du culot urinaire fait voir : d'assez nombreux globules de pus, quelques cellules épithéliales des voies génito-urinaires, de très nombreuses bactéries, mais pas de cylindres.

Le 4 juillet 1921, on constate : que le malade ne peut porter les yeux à gauche alors que quelques jours plus tôt il effectuait encore, assez correctement, ce mouvement ; que la déviation conjuguée de la tête et des yeux est nette et qu'il y a strabisme par déviation plus prononcée à droite de l'œil droit.

Une analyse chimique des urines montre :

Quantité : 700 centimètres cubes ; réaction : acide ; urée : 22 gr. 4 par litre ; chlorures : 8 grammes par litre ; glucose : néant ; albumine : néant.

Pendant le mois d'août 1921, la somnolence diminue notablement, mais le sujet ne parle plus, cependant que, par gestes, il puisse signifier qu'il comprend fort bien les questions et qu'ainsi il y réponde.

Les pupilles ne réagissent plus.

On constate une certaine arythmie respiratoire, avec crises de dyspnée semblant dues à un spasme des muscles inspirateurs et augmentées par un spasme intermittent de l'orbiculaire des lèvres.

On note aussi des troubles vaso-moteurs manifestés par des crises de vaso-dilatation périphérique avec sueurs.

Un nouvel examen du liquide céphalo-rachidien indi-

que : liquide d'aspect normal ; pression au Claude, 12 ; pas de réaction cytologique ; albumine, 0 gr. 45 par litre.

Le 29 septembre 1921, la somnolence persiste quoique un peu atténuée, le mutisme est toujours complet tandis que, par gestes, il répond lentement aux questions et paraît très bien comprendre.

La force musculaire est conservée, les mouvements toujours lents.

La sensibilité est conservée.

Paralysie de la mimique ; il ouvre et ferme les yeux très lentement ; quand on lui ferme un œil, il ne peut ouvrir l'autre.

Les pupilles réagissent à la lumière très lentement.

Il ne peut se tenir debout, mais soutenu il marche à pas lents, hésitant et soulevant peu les pieds, il tend à tomber toujours à droite.

Les réflexes exagérés des deux côtés, le sont davantage à droite avec, de ce côté, ébauche de trépidation épileptoïde et signe de Mendel-Becheler. Les réflexes de défense sont très exagérés aux membres inférieurs.

Pas de dysmétrie, ni d'adiadococinésie.

Catatonie légère.

La déviation conjuguée de la tête et des yeux persiste avec paralysie de la musculature extrinsèque prédominant sur le système lévogyre et strabisme par déviation de l'œil droit à droite.

Les pupilles, un peu paresseuses, réagissent à la lumière, le malade y voit bien, mais il distingue les lettres comme des dessins et ne peut les lire. Pas de dyschromotopsie.

Le malade ne souffre pas.

Le 3 novembre 1921. — Etat stationnaire. On remarque que le malade cligne les yeux par réflexe, alors que les

mouvements volontaires des paupières sont extrêmement lents.

Il bâille et les mâchoires revenues en place on ne peut lui ouvrir la bouche.

Le 15 *décembre* 1921. — En insistant beaucoup, on parvient à lui faire marmotter quelques mots.

Le 19 *décembre* 1921. — Situation toujours la même. Dans la matinée, le malade ronfle bruyamment, on le secoue, sans changer d'attitude, il prend une respiration calme.

Le 10 *janvier* 1922. — L'ensemble de la situation reste le même, mais l'état général qui, jusqu'en décembre 1921, s'était bien maintenu, paraît baisser actuellement.

DIAGNOSTIC

Dans les débuts de la maladie, la triade de Netter (état infectieux fébrile, troubles oculaires, léthargie), l'anamnèse, l'interrogatoire, l'examen, la notion d'épidémicité, auraient peut-être pu, sinon fixer immédiatement le diagnostic, du moins l'aiguiller assez franchement vers la névraxite épidémique à forme léthargique; mais lors de l'entrée du malade à l'hôpital, la pénurie de renseignements et la difficulté de l'interrogatoire, laissaient hésiter entre:

La syphilis cérébrale, nous ne constatons pas de céphalée syphilitique, les troubles généraux sont bien faibles après seize mois de maladie et surtout l'absence de lymphocytose et la réaction de Bordet-Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien écartent cette hypothèse;

Un état méningé, qui est aussi éliminé par manque de syndrome méningé et d'hyperleucocytose céphalo-rachidienne;

Une tumeur cérébrale, pas de céphalée intense, pas de vomissements cérébraux, pas de convulsions localisées ou généralisées, pas d'hypertension ni de réaction très marquée du liquide céphalo-rachidien et aux deux examens oculaires, on trouve un fond d'œil normal; la lenteur de l'évolution n'est en défaveur d'une tumeur que jointe aux autres signes, car on a vu des tumeurs cérébrales évoluer à bas bruit;

L'azotémie surtout, qui, pouvant expliquer la torpeur du malade, avait pour elle: un certain état urinaire, la céphalée diffuse, une légère hyperalbuminose rachidienne et 0 gr. 96 d'urée sanguine, le pouls à 60 et une légère hypertension artérielle, mais pas de vomissements, ni de Cheynes-Stokes et d'ailleurs 0 gr. 53 seulement d'urée sanguine dans une saignée de 500 grammes faite après la première analyse;

L'hystérie, les intoxications hypnogènes et la trypanosomiase ayant été éliminées d'emblée;

La névraxite épidémique type Netter avec léthargie prolongée au-delà de la période fébrile garde pour elle tous les symptômes et seule peut les expliquer.

LETHARGIE — ATTITUDE — MUTISME REGARD — PSYCHISME

Nous allons examiner quelques signes observés chez notre malade, et dirons chemin faisant les analogies que nous avons constatées entre eux et certains symptômes appartenant aux états post-encéphalitiques ou à d'autres affections du système nerveux.

La léthargie. — La léthargie est remarquable par sa durée et par sa constance.

Installée dès le début de la maladie, elle n'a, depuis, varié que peu et très lentement; de telle sorte qu'il faut comparer des examens très éloignés les uns des autres pour noter des changements sensibles dont l'ensemble peut se résumer ainsi : augmentation lente et graduelle de la somnolence qui paraît atteindre son maximum en juin-juillet 1921, ensuite diminution assez nette en août 1921, aucune variation sensible ne s'est montrée depuis.

Nous pourrions dire, empruntant une comparaison à la description des courbes thermiques, que l'état léthargique est presque en plateau depuis deux ans que dure la maladie.

Une fois ces particularités enregistrées, l'aspect somnolent du malade n'a, en lui-même, rien qui diffère de l'hypersomnie observée ordinairement dans l'encéphalite épidémique ou dans ses séquelles. Etendu sur son lit, dans

le décubitus dorsal, tantôt ronflant bruyamment, tantôt respirant doucement, notre malade apparaît comme un dormeur paisible, insensible et indifférent aux bruits et aux événements qui se produisent à portée de ses sens.

Jamais cet état n'a été interrompu par une phase d'insomnie, ou simplement de retour à l'état normal de veille, comme on l'observe assez souvent dans les suites ou pendant le cours de l'encéphalite léthargique; il est donc impossible de distinguer, d'après les modifications du sommeil, un passage entre la période aiguë de la maladie et l'état actuel.

On ne connaît actuellement, parmi les maladies infectieuses, que la trypanosomiase qui soit capable de faire du sommeil aussi fréquemment que la névraxite épidémique. J'ai eu l'occasion, en 1917, à Grenoble, dans un service dirigé par M. le professeur Mouriquand, d'observer un sous-officier d'infanterie coloniale, atteint de trypanosomiase à la seconde période, le diagnostic fut affirmé par la présence de trypanosomes vivants dans le liquide céphalo-rachidien, et je dois dire combien j'ai été frappé de la ressemblance du symptôme hypersomnie dans ces deux cas particuliers: même habitus extérieur, même sommeil calme et profond, avec réveil difficile, réponses lentes et laborieuses à des questions simples, plusieurs fois répétées, lenteur des gestes, lenteur apparente de l'idéation et de la compréhension. Mais trypanosoma gambiense ne fait pas toujours du sommeil, de même que le virus de la névraxite épidémique ne fait pas toujours de la léthargie, montrant une fois de plus que, dans la réalisation des formes cliniques, la localisation des lésions intervient avant la spécificité de l'agent pathogène.

L'attitude. — A part de rares mouvements des membres, surtout du bras droit, et quelques mouvements des paupières, des lèvres et des mâchoires que nous verrons

plus loin, le malade a toujours conservé la même attitude : la tête inclinée vers la droite, les traits immobiles, les bras le long du corps, les jambes étendues. Quand on le place dans un fauteuil ou quand on le fait marcher, le cou, la tête et les épaules gardent la même position, de plus, dans ce dernier cas, il tend à tomber vers la droite.

Cette fixité de position du haut du corps, qui reste la même depuis de longs mois sans apparition de rétractions tendineuses, ainsi que la rigidité musculaire constatée dans les mouvements passifs, peuvent faire penser à une similitude avec le parkinsonisme post-encéphalitique ; nous y sommes d'autant plus enclin que le professeur Souques, dans son rapport, à la réunion annuelle de 1921 de la Société de neurologie, dit : « La rigidité musculaire est le signe le plus fréquent et le plus important du syndrome parkinsonien ».

Le mutisme et les mouvements de la bouche. — La parole, dans les débuts, ne différait pas de celles des encéphalitiques quoiqu'elle fut particulièrement difficile à obtenir ; cette difficulté allant croissant, un mutisme presque absolu, atteint en juillet 1921, n'a pas régressé depuis, à grand'peine on n'a obtenu en décembre que quelques mots marmottés.

Cependant, on remarque que le malade bâille parfois, que de temps à autre il découvre ses dents dans une sorte de grimace ; malgré cela, il est impossible de lui ouvrir la bouche, une fois le bâillement terminé.

Le mutisme de notre malade nous paraît identique à celui déjà observé dans le parkinsonisme post-encéphalitique ; seulement, de même que la léthargie des séquelles de la névraxite est intermittente, tandis que celle de notre malade est continue, de même son mutisme est sans phase de rémission et nous n'avons jamais observé ici un déclan-

chement de la parole comme chez cette malade de MM. Babinski Jarkowski et Plichet.

Cette malade, parkinsonienne post-encéphalitique présentait des phases de mutisme durant lesquelles, incapable d'ouvrir la bouche, de déglutir sa salive, les muscles du visage immobiles, elle paraîssait indifférente aux sollicitations de l'entourage, quoique par gestes ou par écrit, elle fit preuve de compréhension et répondit. Brusquement après une émotion vive, une sorte de parole automatique se déclanchait, elle réprimandait sa fille par exemple, la parole était alors correcte, sans trace de dysarthrie. Certaines manœuvres paraissaient aussi déclancher la parole (électrisation de la face, respiration profonde, sourire provoqué), la malade alors récitait une fable, disait le résultat d'un calcul mental, mais même à ce moment il pouvait lui être difficile de dire un « oui » ou un « non », pour exprimer une idée personnelle. Ayant éliminé les hypothèses de trouble mental et d'hystérie, les auteurs pensent pouvoir ranger ce cas dans la catégorie des « kinésies paradoxales » de Souques et proposent le terme de « mutime parkinsonien ».

Le regard et les mouvements des yeux et des paupières. — La mobilité des globes oculaires est allée diminuant et depuis de longs mois le regard est dirigé en haut et à droite, avec ce strabisme remarqué de bonne heure par déviation à droite de l'œil droit, il s'ensuit une déviation conjugée de la tête et des yeux plus accentuée pour l'œil droit sur laquelle nous aurons à revenir dans un essai de localisation des lésions.

Le malade ouvre assez souvent les yeux et reste longtemps avant de les refermer. Cet acte, quand il n'est pas provoqué, correspond, peut-être, au passage du sommeil à l'état de veille.

Les paupières ou fermées ou closes, sont mues difficilement après un ordre donné au malade, mais si on fait devant lui un geste qui, chez un sujet normal fasse cligner les yeux — frapper dans les mains à proximité de son visage — on obtient ici le même résultat.

Quand les yeux sont ouverts, le clignement naturel des paupières est extrêmement rare, et nous retrouvons là un petit signe décrit depuis longtemps dans la maladie classique de Parkinson.

La vue est conservée, mais la lecture est impossible, car il voit les lettres comme des dessins et ne peut les reconnaître.

Le psychisme. — Malgré son aspect indifférent, ce malade comprend et peut répondre par geste — en serrant la main — il sait où il est, qui se trouve auprès de lui... Ces communications sont cependant trop difficiles pour qu'on puisse apprécier complètement la valeur actuelle de son intelligence, mais les exemples assez nombreux d'encéphalitiques guéris qui ont rappelé à leur entourage des faits survenus durant leur léthargie, nous amènent à penser que nous sommes ici en présence du même fait. Ceci a été observé dans les cas graves de maladie de Parkinson et nous enregistrons ainsi une nouvelle ressemblance.

Essai de localisation des lésions du névraxe. — Une déviation conjuguée de la tête et des yeux implique dans la majorité des cas une atteinte des hémisphères et quelquefois une lésion du mésocéphale; nous pouvons penser qu'ici ces deux régions sont touchées avec prédominance à gauche.

Cette prédominance à gauche expliquerait que, dans la paralysie du système lévogyre, la déviation plus marquée à droite de l'œil droit, est due à ce que les origines du mo-

teur oculaire commun droit sont plus éprouvées que celles des nerfs moteurs de l'œil gauche. D'autre part, la cécité verbale, qu'elle soit due à la destruction d'un centre ou à la rupture des voies d'association, est en faveur d'une lésion à gauche.

Ajoutons que les éléments de cette observation qui sont semblables à ceux des syndromes parkinsoniens pourraient indiquer une atteinte du système pallidal, du locus niger et du noyau rouge, nous serions donc amenés à penser que les lésions, ou diffuses ou en foyers, dues à la neuronophagie ou à une dégénérescence, siègent sur une partie des noyaux du mésocéphale, sur les noyaux gris centraux et sur certains éléments de l'écorce ou sur les faisceaux qui les unissent aux origines des nerfs; ces lésions étant plus marquées à gauche.

CONCLUSION

L'état léthargique, l'attitude, le mutisme et les divers signes que nous venons d'examiner ne présentent, à un moment précis, rien qui diffère essentiellement des symptômes observés dans la névraxite épidémique ou dans ses suites, ils sont seulement remarquables par leur continuité et leur durée. Aucun d'eux n'a permis de saisir, depuis deux années, le passage entre l'état aigu du début et l'état actuel; si l'on discute toujours pour savoir si certains états post-névraxitiques sont des séquelles ou des névraxites devenues chroniques, il apparaît ici que cliniquement nous sommes en présence d'une encéphalite chronique. D'ailleurs, MM. Netter, Césari et Durand ont trouvé du virus d'encéphalite épidémique actif quinze mois après le début de la maladie. Nous pouvons donc dire que le cas singulier que nous rapportons est une encéphalite léthargique chronique, avec paralysie du lévogyre, en évolution depuis deux années.

BIBLIOGRAPHIE

Au début de cette bibliographie, nous devons citer l'excellente thèse du docteur Blouquier de Claret: « La névraxite épidémique », dans laquelle la documentation très minutieuse est arrêtée en mai 1921.

Nous avons essayé d'établir la liste des publications faites depuis cette date jusqu'au 1er janvier 1922: espérant ainsi être plus utile à ceux qui voudraient consulter ce travail, qu'en donnant seulement les articles relatifs aux formes prolongées.

Achard. — Sur le passage du virus de l'encéphalite épidémique de la mère au fœtus. Acad. de Méd., 7 mai 1921.

Aviragnet. — Encéphalite myoclonique localisée. Soc. de Pédiatrie, 24 mai 1921.

Babinski. — Syndrome parkinsonien à la suite d'une encéphalite épidémique chez un enfant de dix ans. Soc. de Neurol., 5 mai 1921.

Babinski, Jarkowski et Plichet. — Kinésie paradoxale, mutisme parkinsonien. — Soc. de Neurol., 1er décembre 1921.

Barré et Reys. — Le syndrome parkinsonien post-encéphalitique. *Bull. Méd.*, 35e année, n° 18.

— L'encéphalite épidémique à Strasbourg, sa forme labyrintique. *Bull. Méd.*, 35e année, n° 18.

Blouquier de Claret. — La névraxite épidémique. Thèse de Montpellier, 1921.

Briand et Rouquier. — Contribution à l'étude des séquelles mentales de l'encéphalite épidémique. XXV^e^ Congrès des aliénistes et des neurologistes de France et des pays de langue français.

Cantelli. — Le phénomène des « yeux de poupée ». *Riforma Medica*, Naples, 20 août 1921.

Chavigny et Gelma. — Les prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique dans leurs rapports avec l'expertise médico-légale. Acad. de Méd., 26 juillet 1921.

Claude. — Syndrome parkinsonien unilatéral post-encéphalitique (forme clonico-tonique), phénomènes sympathiques. Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

Claude et Dupuy-Dutemps. — Forme céphalique de la maladie de Parkinson avec tachyphémie, troubles oculaires et sympathiques. Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

Delater et Rouquier. — Un cas d'encéphalite épidémique aiguë. Soc. méd. hôp. Paris, 11 oct. 1921.

Dœrr et Schnabel. — Le virus de l'herpès fébrile et ses rapports avec celui de l'encéphalite épidémique léthargique. *Schweizerische Med. Woch.*, Bâle, 19 mai 1921.

Duverger et Barré (J.-A.). — Troubles des mouvements associés des yeux chez les tabétiques, parkinsoniens, dans l'encéphalite épidémique et chez les labyrinthiques; essai pathogénique. *Revue de Neurol.*, n° 5, 1921.

Ernst (Henri). — Contribution à l'étude clinique des syndromes parkinsoniens consécutifs à l'encéphalite dite léthargique. Thèse de Paris, 1921.

Fletcher et Rolleston. — Somnolence diurne et insomnie nocturne comme manifestation de l'encéphalite léthargique. *The British Journ. of children's diseases,* tome XVIII.

Flores. — Forme myoclonique de l'encéphalite léthargique. Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

Floster. — Hyperglycorachie dans l'encéphalite léthargique. *The Journal of the american medical Association,* Chicago, n° 19, 1921.

Froment et Génevois. — Atrophie musculaire progressive myélopathique et encéphalo-myélite myoclonique. Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

Froment et Paliard. — Syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec mouvements de la bouche rappelant le bâillement. Soc. méd. hôp. Lyon, 18 oct. 1921.

Guillemard (Louis). — Hoquet et encéphalite épidémique. Thèse de Paris, 1921.

Guillain et Guy-Laroche. — Influence inhibitrice de la kinésie volitionnelle sur le tremblement d'un syndrome parkinsonien unilatéral. Soc. méd. hôp. de Paris, 23 déc. 1921.

Harvier. — Les virus filtrants neurotropes. *Paris médical,* 18 juin 1921.

Jacquin. — Polymorphisme symptomatique dans un cas d'encéphalite épidémique; considérations sur l'état mental dans le parkinsonisme post-encéphalitique. Soc. de Neurol., 7 juillet 1921.

Kahn (Pierre), Barbier et Bertrand. — Un cas de hoquet épidémique à évolution foudroyante. Soc. médic. hôp. Paris, 20 mai 1921.

Kindberg et Lelong. — Un cas d'encéphalite épidémique à forme aphasique. Soc. méd. hôp. Paris, 4 nov. 1921.

Krebs et Bethoun. — Hémiclonie chez une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite épidémique. Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

Laignel-Lavastine et Couland. — Forme neurovégétative de l'encéphalite épidémique. Soc. méd. hôpit. de Paris, 15 juillet 1921.

Levaditi. — Encéphalite léthargique expérimentale. Soc. méd. Paris, 10 juin 1921.

Levaditi, Harvier et Nicolau. — Passage du virus de l'encéphalite épidémique de la mère au fœtus. Soc. de biologie, 28 mai 1921.

— Preuve de l'existence de porteurs sains de virus de l'encéphalite épidémique. Soc. de biologie, 25 juin 1921.

— Conception étiologique de l'encéphalite épidémique. Soc. de biologie, 2 juillet 1921.

Lhermitte et Radovici. — Etude sur la dégénération basophile métachromatique des fibres nerveuses dans l'encéphalite épidémique. Soc. de biologie, 21 mai 1921.

Marie (Pierre) et Levy (Mlle). — Forme monobrachiale dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique fruste. Soc. méd. hôp. Paris, 8 juillet 1921.

Marinesco. — Encéphalite épidémique et grossesse. Acad. de Médecine, 12 juillet 1921.

Mercier, Andrieux et Bonnard. — Transmission placentaire de l'encéphalite léthargique. Acad. de méd., 31 mai 1921.

Netter. — Encéphalite léthargique, apparition d'une hémiplégie le surlendemain d'une ponction lombaire. Soc. méd. hôp. Paris, 1er juillet 1921.

— Herpès et encéphalite épidémique. Soc. méd. hôp. Paris, 15 juillet 1921.

Netter, Cesari et Durand. — Démonstration de l'activité du virus de l'encéphalite dans les centres nerveux quinze mois après le début; présence de ce virus dans les glandes salivaires. Soc. de biologie, 14 mai 1921.

Pearl. — Notes statistiques sur l'encéphalite épidémique. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, Baltimore, t. XXXII, juillet 1921.

Petit, de Bourges. — Encéphalite épidémique avec stupeur catatonique et parkinsonisme. Soc. de psychiatrie, 15 décembroe 1921.

Progulski et Grobel. — Une forme évolutive particulière de l'encéphalite épidémique chez les enfants: la forme noctambulique. *Munch. Mediz. Woch.*, 15 avril 1921.

Rathery et Cambessédès. — Encéphalite léthargique à rechute tardive. Soc. méd. hôp. Paris, 1r juillet 1921.

Renault, Athanassio-Benisty (Mme) et Gayet. — Syndr. parkinsonien post-encéphalitique chez un enfant de 13 ans, troubles sphinctériens. Soc. de Neurol., 2 juin 1921.

Roger.— Encéphalo-myélite épidémique ou névrose? *Marseille médical*, 15 juin 1921.

— Syndrome excito-moteur, séquelle vraisemblable d'encéphalite épidémique survenue depuis 1914. Soc. de neurol., 7 juillet 1921.

Roger et Aymes. — Obésité transitoire dans quatre cas d'encéphalo-myélite épidémique avec syndrome parkinsonien; glycosurie tardive dans un cas.

Roger et Chaix. — L'urémie myoclonique, diagnostic avec l'encéphalite épidémique. *Presse médicale*, n° 47, 1921.

Sainton et Schulmann. — Syndrome parkinsonien fruste post-encéphalitique à forme monoplégique. Soc. méd. hôp. Paris, 24 juin 1921.

Sicard. — Diagnostic rétrospectif et description des états névraxitiques et paranévraxitiques par le parkinsonisme post-évolutif. Soc. méd. hôp. Paris, 9 décembre 1921.

Spat. — La destinée des encéphalitiques « guéris ». *Wiener Klinische Woch.*, 16 juin 1921.

Souques. — Les syndromes parkinsoniens. Soc. de Neurol., réunion de 1921.

Souques et Alajouanine. — Sclérose en plaques probable à forme cérébelleuse consécutive à l'encéphalite épidémique. Soc. de Neurol., 7 juillet 1921.

Zalla. — Les troubles du sommeil, séquelles de l'encéphalite épidémique. *Revista di patologia nervosa et mentale*, 4 avril 1921.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Un Cas prolongé d'Encéphalite léthargique* par M. Georges Tabarié.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 16 janvier 1922.
Le Professeur,
VEDEL.

Vu :
Montpellier, le 16 janvier 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 janvier 1922.
p. Le Recteur,
G. MASSOL